UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 18

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Université de Montpellier

(Professeur Vallois)

# DE LA PROCIDENCE

DU

# CORDON OMBILICAL

## DOCUMENTS CLINIQUES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE CETTE COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 14 Janvier 1924**

PAR

Jean GOARNISSON

Né à La Feuillée (Finistère), le 12 Août 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse** : VALLOIS, professeur, *Président*. Paul DELMAS, professeur. De ROUVILLE, professeur. LAPEYRE, agrégé. — *Assesseurs*.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1924

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 18

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Université de Montpellier
(Professeur Vallois)

# DE LA PROCIDENCE

DU

# CORDON OMBILICAL

DOCUMENTS CLINIQUES POUR SERVIR A L'ÉTUDE
DE CETTE COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Janvier 1924

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Jean GOARNISSON

Né à La Feuillée (Finistère), le 12 Août 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse** { VALLOIS, professeur, *Président*. / Paul DELMAS, professeur. / De ROUVILLE, professeur. / LAPEYRE, agrégé. } *Assesseurs*.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1924

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | GILIS. |
| Histologie | | VIALLETON. |
| Physiologie | | HEDON. |
| Chimie biologique et médicale | | DERRIEN. |
| Physique médicale | | PECH. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | | N... |
| Anatomie pathologique | | GRYNFELTT. |
| Microbiologie | | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | | BOSC. |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique | | RIMBAUD. |
| Thérapeutique et matière médicale | | VIRES. |
| Hygiène | | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et médecine sociale | | GAUSSEL. |
| Clinique médicale | | DUCAMP. |
| | | VEDEL. |
| Clinique chirurgicale | | FORGUE, *assesseur* |
| | | ESTOR. |
| Clinique obstétricale | | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | | EUZIÈRE, *doyen* |
| Clinique ophtalmologique | | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | | LEENHARDT. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | | MASSABUAU. |
| Clinique gynécologique | | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | | MOURET. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | | JEANBRAU. |
| Accouchements (ch. d. c.) | | P. DELMAS. |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.
*Professeurs honoraires:* MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL.
*Secrétaires honoraires:* MM. GOT et IZARD

## Chargés de Cours complémentaires

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | DELMAS (J.) |
| Clinique propédeutique de chirurgie | | RICHE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | | MARGAROT. |
| Médecine opératoire | | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | | ETIENNE. |
| Accouchements | | P. DELMAS. |
| Pharmacologie | | GALAVIELLE. |
| Matière médicale | | CABANNES. |
| Stomatologie | | Dr WATON. |
| Histologie | | TURCHINI. |
| Clinique des maladies des vieillards | | BOUDET. |

## Agrégés en exercice

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Médecine | MM. | MARGAROT. | Chirurgie | MM. | RICHE. |
| | | GIRAUD. | | | ETIENNE. |
| | | BOUDET. | | | LAPEYRE |
| | | CARRIEU. | Histoire natur. | | GALAVIELLE |
| Anatomie | | DELMAS (J.). | | | CABANNES. |
| Chimie | | FLORENCE. | Physique | | LAMARQUE. |
| Histologie | | TURCHINI. | Ophtalmologie | | VILLARD. |

## Examinateurs de la thèse:

MM. VALLOIS, professeur, *président.* | De ROUVILLE, profeeseur.
Paul DELMAS, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. L'ABBÉ MORIN

J. GOARNISSON.

À MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE DE RENNES

*Dont nous fûmes l'externe.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE DE RENNES

*Dont nous fûmes l'externe*

A TOUS NOS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE

DE MÉDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUGIER

EX-CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

ET DE L'HOPITAL ST-ANTOINE A LILLE

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN CHEF DE L'HOPITAL ET DE LA CLINIQUE SAINT-YVES

*Dont nous fûmes l'interne.*

J. GOARNISSON.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE À LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Qui a bien voulu accepter la présidence*
*de cette thèse.*
*Hommage respectueux et reconnaissant.*

A MON JURY DE THÈSE

J. GOARNISSON.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0055

# INTRODUCTION

Le lecteur ne doit pas s'attendre à trouver ici l'exposé d'idées nouvelles. Nous n'avons pas non plus le désir de traiter complètement la procidence du cordon ombilical, ni de passer en revue tout ce qui a été dit sur cette question. Cette complication de l'accouchement a été l'objet de travaux nombreux et complets. La conduite à tenir est aujourd'hui déterminée et enseignée dans les classiques.

Nous nous proposons seulement de contribuer à la documentation du sujet en réunissant ici des faits cliniques.

Ce travail sera donc surtout documentaire et statistique, nous n'avons pas d'autres prétentions en l'abordant. Nous nous tiendrons sur le terrain des faits en rapportant ce qui a été observé, la conduite suivie et les résultats obtenus.

Nous avons groupé ici les observations trouvées dans les registres de la clinique obstétricale de Montpellier durant une période de dix-huit années, de 1905 à 1923. Ces observations, nous les avons étudiées avec soin, et nous exposerons d'abord succinctement ce que chacune d'elles contient d'intéressant pour le cas qui nous occupe. Nous essaierons ensuite de dégager les conclusions que l'on peut déduire de leur étude et nous tâcherons de montrer comment on peut y vérifier les données classiques et quelles sont les conclusions qui en découlent au point de vue prophylactique ou thérapeutique.

Dns une monographie très documentée parue dans le *Montpellier Médical* de 1902, MM. Guérin-Valmale et Girauden avaient déjà traité le même sujet et étudié la procidence du cordon. Leur travail, fait dans la même cli-

nique et répondant à 2.500 accouchements, se terminait en 1902. Le nôtre peut être considéré comme lui faisant suite de 1905 à 1923.

Quand on parle de procidence du cordon, on se trouve souvent embrouillé par une multitude de termes mal définis prêtant à confusion. Aussi, dès le début, nous devons définir ceux que nous avons adoptés.

Sous le nom de procidence on entend la descente de la tige funiculaire au-devant ou sur les côtés de la présentation (Tarnier). Nous distinguerons les quatre variétés suivantes :

1° Procidence proprement dite, dans laquelle le cordon est au-devant de la présentation ;

2° Procubitus (couché au-devant), qui est la procidence du cordon lorsque les membranes sont intactes ;

3° Latérocidence, dans laquelle le cordon est sur les côtés de la présentation ;

4° La procidence compliquée de procidence des membres.

La procidence du cordon est rangée dans les ouvrages avec les causes de dystocie fœtale ou annexielle. Par elle-même, elle est en général incapable d'apporter un trouble sérieux à l'acte mécanique de l'accouchement, mais elle est grave pour l'enfant, à cause des perturbations qui se manifestent dans la circulation fœto-placentaire dès que les vaisseaux funiculaires sont comprimés. Ces troubles peuvent aboutir à l'asphyxie rapide si la circulation est totalement interrompue ; et, s'il n'en est pas tout à fait ainsi, si cette circulation persiste ralentie, l'enfant souffre, et cette souffrance se traduit par des mouvements respiratoires prématurés avec toutes leurs conséquences.

# CHAPITRE I

## OBSERVATIONS

Observation N° 1 (1905-06. 173). C. M., 41 ans, Vpare

Entre à la maternité le 25 février. Serait à terme le 28 mai. L'examen obstétrical ayant montré chez cette femme un rétrécissement pelvien très prononcé, M. le professeur Vallois décide de provoquer l'accouchement prématuré. Le 19 avril, introduction d'une bougie de Krause et injections vaginales chaudes. Le travail tarde à se déclencher; le fœtus se trouve en présentation du siège; il est ramené en sommet par manœuvres externes. 52 heures après l'introduction de la bougie, le toucher montre que le col est dilatable et le sommet mobile au-dessus du D. S. avec un petit membre et une anse de cordon en arrière et à droite. 57 heures après la provocation du travail, intervention: dilatation du col à la main, puis au ballon, rupture artificielle de la poche des eaux, extraction de l'enfant par version podalique.

L'enfant, né étonné, pèse 2.150 gr. Le cordon présentait une insertion vélamenteuse à 5 centimètres du bord du placenta.

Observation N° 2 (1905-06. 258). C., 36 ans, VIpare

Entre à la maternité le 2 juillet, en travail. Accouchement prématuré spontané. A l'examen, fœtus en présentation transversale AID épaule droite. Poche des eaux volumineuse, membranes épaisses à travers lesquelles on sent de petites parties fœtales et une anse de cordon. A dilatation complète, rupture artificielle de la poche, il s'écoule 400 gr. de liquide amniotique. Aussitôt, extraction d'un enfant par version. Enfant vivant, poids:

2.500 gr. Le cordon, long de 50 cm., présente une insertion latérale.

Observation N° 3 (1905-06. 291). S. G., 40 ans, VIIpare

Entre à la maternité le 28 juillet. Serait à terme le 11 septembre. Le 15 août, accouchement prématuré spontané. Un toucher fait à 6 heures du matin montre un col dilaté comme 5 francs, une poche des eaux intacte, à travers laquelle on perçoit un sommet mobile et au-devant de lui un paquet de cordon animé de battements. Le placenta est perceptible sur la droite. On note un léger écoulement sanguin. A 8 h. 50, rupture spontanée des membranes et procidence du cordon. Le col est complètement dilaté. Version immédiate et extraction. Enfant vivant, poids: 2.200 gr. Cordon: 66 cm. de long.

Observation N° 4 (1906-07. 14). B. M., 33 ans, Ipare

Entre à la maternité le 13 novembre. A terme depuis le 26 octobre. L'examen montre: un sommet engagé en OIGA, une dilatation du col comme petite paume, les membranes rompues. Le travail progresse normalement. La dilatation se complète en 2 heures, puis il y a un arrêt des contractions. Un toucher fait 2 heures après la dilatation complète montre que le sommet a fait sa rotation en OP, mais permet aussi de percevoir une anse de cordon pincée entre la tête et les parois de l'excavation. Ce cordon paraît sans battements, mais l'auscultation du cœur fœtal donne 160 battements à la minute. On essaie de repousser le cordon, les battements fœtaux tombent à 116. Application de forceps d'urgence. Extraction d'un enfant de 3.360 gr., qui n'a pas pu être ranimé. Cordon: 67 cm. de long.

Observation N° 5 (1906-07. 288). C. V., 28 ans, IIpare

Entre à la maternité le 13 juillet. Le 23 septembre,

début des douleurs vers 3 heures du soir. A ce moment, l'examen montre la présence d'un sommet mobile D. S. A 4 heures du soir, rupture prématurée de la poche des eaux; il s'écoule un flot de liquide qui entraîne le cordon à la vulve. La tête est amorcée en OIDP. Extraction de l'enfant par version après dilatation du col. Enfant né étonné; poids: 3.800 gr. Cordon: 80 cm. Insertion centrale.

Observation N° 6 (1907-08. 28). C. M., 28 ans, Ipare

Entre à la maternité le 14 décembre. Le travail a débuté la veille à 1 heure du soir. Rupture prématurée des membranes le même jour. Une sage-femme prévenue à ce moment a constaté une procidence du cordon et conseillé le transfert de la parturiente à la maternité. A son arrivée, on constate une présentation de l'épaule gauche en AID. L'auscultation est négative. Pas de contractions utérines. Le toucher montre la présence dans le vagin d'un paquet de cordon sans battements; le col est dilaté comme 5 francs, mais souple. Pendant les préparatifs de l'intervention, le cordon sort spontanément à la vulve; il est gros, rouge, noirâtre. Intervention sous anesthésie. Dilatation du col, puis version. Extraction d'un enfant mort qui présente des signes évidents de macération; il pèse 2.700 gr. Cordon volumineux, noirâtre, à insertion marginale, 70 cm. de long.

Observation N° 7 (1907-08. 65). S. M., 30 ans, III pare

Entre à la maternité le 29 janvier, à 2 h. 30 du soir, pour hémorragie grave. A terme. La veille, à 23 heures, la femme a été prise d'hémorragie grave pendant le sommeil. La sage-femme l'arrêta par une injection chaude. Dans la nuit, à 2 heures du matin, apparition des premières douleurs. A 11 heures, nouvel écoulement sanguin. A son entrée dans le service, le pouls bat à 140, petit, irrégulier. Sommet mobile en OIDA; les bruits du cœur sont

faibles. La dilation est comme 5 francs. Poche des eaux volumineuse; on sent à gauche un cotylédon placentaire. Pour arrêter le suintement sanguin, l'interne rompt les membranes. Résultat excellent. Arrêt immédiat. Injection de sérum, 600 gr. caféine. Injection chaude. A 3 h. 10, apparition du cordon à la vulve. On ne perçoit pas les battements. L'écoulement de sang reparaît. M. Vallois arrive, fait une application de forceps et extrait un garçon de 3.020 gr. mort. A 4 h. 10, délivrance artificielle. Cordon 90 cm. de long. Insertion paracentrale.

Observation N° 8 (1907-08. 109). J. R., 37 ans, VII pare

Entre à la maternité le 20 février 1098, à terme le 10 avril. Un examen du 16 mars a montré un sommet mobile en position gauche. Les premières douleurs surviennent le 20 mars, à 3 heures. A 4 heures, HU : 33 cm. La tête est amorcée en OIGA. La dilatation est comme 5 francs. A 6 h. 10, les bruits du cœur fœtal sont bien frappés. A 8 heures, dilatation presque complète. Dans l'intervalle des contractions on sent dans la poche des eaux une anse de cordon animée de battements. A 9 h. 30, rupture spontanée de la poche des eaux. Expulsion spontanée. Le cordon est chassé en avant de la tête. L'enfant, né étonné, est vite ranimé par quelques flagellations. Poids : 3.030 gr. Sexe féminin. Cordon grêle, 65 cm. de long; insertion latérale.

Observation N° 9 (1907-08. 144). B. M., 24 ans, Ipare

Entre à la maternité le 26 avril. A terme. Dans les antécédents héréditaires, nous avons relevé des troubles psychiques. Elle-même est atteinte actuellement de manie aiguë. Le 26 avril, à 6 heures du matin, les membranes se rompent prématurément, la femme étant debout. A 7 heures, apparition des premières douleurs. A 8 heures, procidence du cordon à la vulve. On fait venir un médecin

qui reconnaît une présentation de l'épaule et tente une version par manœuvres internes. Ne réussissant pas, il appelle un collègue. Nouvelle tentative de version aussi infructueuse. L'enfant a succombé depuis le matin. A 10 heures du soir, arrivée dans le service. HU : 33 cm. Palper auscultation négatifs. La main gauche et le cordon sont presque à la vulve. A 1 heure, forceps en OIGA ; extraction d'un fœtus fille de 3.400 gr. Cordon de 78 cm. de long. Insertion latérale. La mère succombe ultérieurement à une infection puerpérale.

Observation N° 10 (1907-08. 298). D. A., 27 ans, IIpare

Entre à la maternité le 11 octobre 1908. A terme le 20 décembre. Le 11 octobre, à 1 heure du matin, écoulement sanguin assez abondant, suivi de la rupture prématurée des membranes. A 7 heures, premières douleurs ; on transporte la femme à la maternité ; repos au lit, injections chaudes, lavement laudanisé. L'hémorragie s'arrête. Le 12 octobre, à 4 heures du soir, on aperçoit une anse de cordon à la vulve. Elle est animée de battements. On la reporte dans le vagin. Par le palper on sent une tête petite, mobile au détroit supérieur, et ne comprimant pas le cordon. Le 13 octobre, à 4 heures du soir, expulsion de caillots. Le lendemain, à 10 heures du matin, procidence de la main droite dans le vagin (AIG dorso-antérieure). A 11 heures, la dilatation est comme 5 francs ; on la complète au ballon de Champetier de Ribes. Version par manœuvres internes très difficile, malgré l'anesthésie. La tête est retenue quelque temps par le segment inférieur. L'enfant n'a pas pu être ranimé. Garçon. Poids : 1.020 gr. 35 cm. de long. Cordon 46 cm. Insertion latérale.

Observation N° 11 (1908-09). 21). R., 29 ans, Vpare

Entre à la maternité le 23 novembre 1908, à 10 heures du soir. A terme. Les premières douleurs sont apparues

depuis la veille, à 6 heures du matin. A 4 heures du soir, la sage-femme diagnostique une présentation de l'épaule et conseille le transfert de la parturiente à la maternité. Elle n'y arrive qu'après un voyage de 6 heures. On trouve: un utérus dur, contracté; absence de bruits du cœur fœtal. La main gauche est procidente à côté d'une anse de cordon qui ne bat plus. Dilatation comme grande paume. Présentation en AID de l'épaule gauche. Version podalique facile. Extraction d'un garçon mort de 3.270 gr. Le placenta est parsemé de petits foyers hémorragiques anciens. Cordon 50 cm. Insertion paracentrale.

Observation N° 12 (1908-09. 180). M., 26 ans, Ipare

Entre à la maternité le 6 mai 1909, à minuit. A terme. Premières douleurs la veille, à 6 heures du soir. Le 6 mai, à 13 heures, rupture des membranes et procidence simultanées. Dilatation comme 50 centimes. A 10 heures du soir, crise d'éclampsie; dilatation comme 5 francs (mort de l'enfant, d'après la sage-femme). A 10 h. 30 du soir, deuxième crise d'éclampsie. A minuit, arrivée à la maternité. A minuit et demie, dilatation comme petite paume, troisième crise d'éclampsie, pouls dur. Par un sondage, on recueille 125 gr. d'urine, dans laquelle l'analyse révèle de l'albumine en abondance. A 1 h. 50, dilatation complète. Application du forceps en OIDP au D. S. Extraction. Enfant, sexe masculin; poids: 2.900 gr.; mort. Le placenta est infiltré de nombreux noyaux. Cordon 86 cm. Insertion paracentrale.

Observation N° 13 (1909-10. 115). B. G., 34 ans, VIpare

Entre en travail à la maternité le 24 février. A terme. Premières douleurs la veille, à 8 heures du soir. Le 24 février, à 3 heures de l'après-midi, la femme perd les eaux en allant à la selle. Procidence du bras droit à la vulve. Toucher: dilatation comme 5 francs. La sage-

femme conseille le transfert de la parturiente à la maternité. Arrivée à 7 heures du soir, après un long trajet en voiture. HU : 33 cm. Présentation en AIG de l'épaule droite. Bruits du cœur bons. Le bras droit pend à la vulve ; le cordon bat dans le vagin ; dilatation complète. Intervention : à 8 h. 49, M. Vallois introduit la main droite dans l'utérus, entraînant le cordon, saisit le pied droit, qu'il ramène à la vulve. Evolution rapide. Extraction terminée en six minutes. Fille vivante, 3 kilogr. 610. Cordon 76 cm., grêle. Insertion paracentrale.

Observation N° 14 (1909-10. 129). B. J., 28 ans, IIpare

Entre (en travail) à la maternité le 13 mars, à 5 h. 40 du soir. A terme. Les premières douleurs datent de la veille, à 5 heures du soir. Les membranes se rompent prématurément dans la matinée du 13. Sommet amorcé en OIDP. Bruits du cœur bien frappés. Col dilaté comme petite paume. Le cordon, animé de battements, est procident dans le vagin. Promontoire accessible. Pr SoP : 9.5. Intervention : à 7 h. 15, M. le professeur Vallois complète la dilatation par le procédé de Bonnaire, refoule le sommet, remonte le cordon dans l'utérus et va à la recherche du pied antérieur. Evolution facile. La tête est retenue momentanément au D. S. par le promontoire, puis dans l'excavation par l'orifice utérin. A 7 h. 28, extraction. Garçon de 3 kilogr. 500, en état de mort apparente (forme blanche). La partie gauche du crâne porte un sillon profond. BiP : 8.8. Ranimé par les procédés habituels. Cordon 48 cm.

Observation N° 15 (1909-10. 210). G. V., 34 ans, IXpare

Entre à la maternité le 20 mai. A terme depuis le 25 avril. A sa première grossesse, la femme aurait eu un prolapsus utérin ; à sa deuxième, une procidence (du cordon ?) ; autres accouchements normaux. Le 28 mai, à 7

heures du matin, premières douleurs. Le lendemain, à 5 h. 15 du matin: sommet mobile en position gauche; bruits du cœur fœtal bien frappés. Dilatation comme 1 franc; à 4 heures, dilatation comme 5 francs; à travers les membranes intactes, on sent le cordon, animé de battements, en procubitus au-dessous de la partie fœtale. A 9 heures, dilatation comme grande paume; M. le professeur Vallois achève la dilatation par le procédé de Bonnaire. A 9 h. 15, rupture artificielle des membranes. On remonte le cordon au fond de l'utérus. Version. Evolution rapide. A 9 h. 30, extraction. Fille, vivante, pesant 3.700 gr. Cordon 91 cm. Insertion paracentrale. Circulaire autour du cou.

Observation N° 16 (1909-10. 270). B., 44 ans, Xpare

Entre à la maternité (en travail, poche des eaux rompues) le 6 août. A terme. Bassin canaliculé. PrSoP: 10 cm. Premières douleurs le 6 août, à 9 heures du matin. A 6 h. 30 du soir, arrivée de la femme dans le service. La sage-femme qui l'accompagne raconte qu'elle a rompu artificiellement les membranes pour diagnostiquer la présentation.

Examen: contractions intenses; tête mobile au D. S. en position droite et débordant la symphyse. Auscultation négative. Procidence vaginale de la main gauche à côté d'une anse de cordon qui ne bat plus. Dilatation comme grande paume; les os du crâne fœtal chevauchent; la face antérieure du sacrum est accessible sur toute sa longueur. L'enfant est mort.

Intervention: à 8 h. 50, M. le professeur Delmas pratique une basiotripsie. Fœtus, sexe masculin; poids: 3.160 gr.; cordon 74 cm. Insertion latérale.

Observation N° 17 (1910-11. 18). B. V., 32 ans, VIpare

Entre le 7 novembre dans le service. A terme le 15

novembre. Examen d'entrée : hydramnios avec présentation transversale. M. le professeur Vallois le transforme en sommet par manœuvres externes et la maintient par une ceinture. Le 18 novembre, premières douleurs. Examen de la parturiente : sommet mobile en position droite. Bruits du cœur bons. A 8 h. 50, dilatation complète. Intervention (sage-femme) : on fixe la tête au D. S. ; on rompt artificiellement les membranes. A ce moment, il semble à la personne qui touche que la tête s'engage : elle retire le doigt, en même temps que l'aide cesse de fixer la tête ; celle-ci remonte aussitôt dans la cavité utérine et laisse s'échapper un flot de liquide (environ 2 litres). On pratique le toucher à l'instant : on trouve une procidence du cordon et le sommet amorcé en position gauche. La sage-femme en chef remonte le cordon au fond de l'utérus et saisit les pieds. Version. L'enfant a dû être ranimé. Sexe masculin. Poids : 3.500 gr. Cordon 55 cm. Insertion paracentrale.

Observation N° 18 (1910-11. 187). G., 28 ans, IVpare

Entre à la maternité le 14 mai 1911, pour hémorragie grave durant le travail. A terme le 19 juin. Le 14 mai, à 7 heures du matin, premières douleurs. A 8 heures, perte des eaux, arrivée dans le service. Examen d'entrée : hauteur utérine, 24 cm. ; utérus contracturé. Présentation en OIDP ; auscultation négative ; col épais, matelassé. A 10 h. 30, expulsion de caillots et procidence du cordon. A 10 h. 40, dilatation comme petite paume ; col épais résistant ; sommet petit, mal ossifié, qui tend à s'engager. On essaie de compléter la dilatation à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes. Celui-ci est refoulé sous l'influence des contractions. L'hémorragie est arrêtée par la tête qui s'engage. L'état général de la femme étant bon et l'enfant mort, on attend. A 11 h. 30, les contractions deviennent

intenses; le col est plus souple et se laisse dilater (procédé de Bonnaire). On termine l'extraction par une application de forceps sur une OIDP. A 11 h. 31, extraction d'une fille morte; poids: 1.260 gr. Délivrance artificielle. Placenta inséré bas. Cordon 43 cm. Insertion paracentrale.

Observation N° 19 (1911-12. 108). G. A., 30 ans, IIIpare

Entre à la maternité le 28 janvier 1912. A terme. Promontoire accessible. Courbure prononcée de l'arc antérieur du bassin. Vu l'angustie pelvienne, et la femme étant à terme, on décide de provoquer l'accouchement. Le 7 mars, à 11 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause; les membranes se rompent. On modère l'écoulement du liquide amniotique (900 gr.), tandis qu'un aide fixe la tête au détroit supérieur. Au toucher: sommet très élevé, procidence d'une main. La tête ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche, on la maintient à l'aide de deux tampons de coton et d'un bandage serré. A 3 heures, premières douleurs. A 8 heures, col épais, ouvert comme 1 franc; sommet toujours élevé. Main droite dans le col. Battements du cœur normaux. A minuit et demie, on aperçoit le cordon à la vulve. On fait appeler le chef de service qui, à son arrivée, ne constate plus de battements du cordon. Auscultation négative. Dilatation complète. Version rapide. L'enfant ne donne aucun signe de vie et l'on essaie vainement de le ranimer; sexe féminin. Poids: 3.350 gr. Cordon 79 cm.; insertion centrale.

Observation N° 20 (1911-12. 253). B. G., 36 ans, VIIpare

Entre à la maternité le 13 juillet, à 8 heures du soir, à terme depuis le 30 juin. A déjà présenté un procidence du cordon, lors de son précédent accouchement (voir observation 13). En travail depuis le 12 juillet, 11 heures du soir. Le 13, la sage-femme trouve un sommet mobile au D. S. A 3 heures, pendant le toucher, les membranes se

rompent précocement; une anse du cordon est entraînée dans le vagin. On décide alors de transporter la femme à la maternité: le cordon ne bat plus à son arrivée. Une application de forceps faite en occipito sacrée à 10 heures du soir permet l'extraction d'un enfant mort de 4.050 gr. Cordon 74 cm.; insertion paracentrale.

Observation N° 21 (1912-13. 99). B.V., 35 ans, VIIpare

Entre à la maternité le 24 janvier 1913, à 8 heures du matin. Son sixième accouchement a déjà donné lieu à une procidence du cordon (voir observation 17). Apparition des premières douleurs le 23 janvier. Le lendemain, à 8 heures du matin, sommet mobile en position gauche; bruits du cœur bien frappés; dilatation complète. A travers les membranes intactes mais flasques, on atteint un véritable paquet de cordon qui descend assez bas dans le vagin. On rompt la poche des eaux. La main gauche entraîne le cordon au fond de l'utérus. Version et mauriceau faciles. Enfant vivant, fille; 3.750 fr. Cordon 69 cm.; insertion paracentrale.

Observation N° 22 (1912-13. 211). V. P., 25 ans, IIIpare

Entre dans le service le 24 avril 1913, à 13 h. 45. A terme depuis fin mars. Premières douleurs le 24 avril, à 9 heures du matin. A son arrivée: hauteur utérine, 32 cm.; contractions intenses et rapprochées. Présentation en OIGA; bruits du cœur bons; dilatation comme 5 francs; promontoire accessible. Pr.SoP: 10 cm. A 3 heures, dilatation complète; la poche des eaux, très tendue, se rompt spontanément. Aussitôt après, on constate la procidence du cordon. A 3 h. 18, intervention (M. le professeur Vallois): introduction de la main gauche (entraînant le cordon) dans l'utérus; saisie du pied droit; version facile. L'extraction de la tête exige une manœuvre de Champetier de Ribes laborieuse. L'enfant est en état de mort

apparente; on le ranime par insufflation de bouche à bouche et frictions à l'alcool. Fille; poids: 2.850 gr.

Observation N° 23 (1913-14. 62). R. A., 21 ns, IIpare

Entre dans le service le 1er janvier 1914. Les douleurs ont débuté à 11 heures du matin. H. U.: 22 cm.; contractions utérines violentes; présentation mobile en SIGT.; bruits du cœur bons; dilatation comme 5 francs. A 15 h. 15, dilatation complète; on sent les pieds à travers les membranes. On les rompt artificiellement, mais au même moment une anse de cordon animée de battements tombe dans le vagin. On ne réussit pas à la refouler. A 15 h. 40, extraction. Le col se rétracte au passage de la tête et rend sa sortie difficile. L'enfant n'a vécu que 10 minutes environ; fille; poids: 1.050 gr. Cordon 39 cm.; insertion marginale.

Observation N° 24 (1914-15. 135). C. A., 33 ans, VI pare

Entre à la maternité le 7 février 1915. A terme le 20 février. La femme est en douleurs depuis le 6 février, à 6 heures du soir. Elle a perdu les eaux vers minuit. H. U.: 26 cm. Présentation de l'épaule gauche en AID. Bruits du cœur bons. Dilatation comme 5 francs. Le cordon est descendu dans le col. A 5 h. 10, dilatation bimanuelle et version. Le cordon forme un circulaire autour du coude postérieur et trois circulaires serrés autour du cou. On en sectionne deux entre deux pinces. A 5 h. 25, Mauriceau. L'enfant, né étonné, est ranimé par les procédés habituels. Sexe masculin; poids: 2.610 gr. Cordon 62 cm.; grêle; insertion centrale.

Observation N° 25 (1914-15. 361). P. E., 19 ans, Ipare

Entre à la maternité le 7 juillet. A terme le 15 juillet. Premières douleurs le 7 juillet, à 8 heures du soir. A 9 heures, rupture des membranes. A 10 heures du soir,

arrivée à la maternité. H. U.: 29 cm.; contractions intenses; présentation en SIGA, siège complet; bruits du cœur bons. Dilatation complète; une anse de cordon (qui bat) se trouve dans le vagin. Version et Mauriceau faciles. L'enfant, né étonné, est ranimé rapidement; sexe féminin; poids: 2.450 gr. Placenta: les vaisseaux aboutissant au cordon parcourent les membranes sur un long trajet. Cordon 61 cm. Insertion vélamenteuse à 5 cm. du bord.

Observation N° 26 (1915-16. 9). A. L., 41 ans, IIpare

Entre à la maternité le 24 octobre 1915. A terme le 3 novembre. Le 25 octobre, on trouve: fœtus mobile avec signes d'hydramnios (sensation de flot, œdème sus-pubien, intertrigo des plis inguinaux); bruits du cœur bons. Le 5 novembre, à 1 heure du matin, rupture prématurée des membranes. Le travail se déclenche quatre heures après. Le 6 novembre, à 2 heures du matin, dilatation comme 2 francs; le cordon apparaît à la vulve (il bat), la tête est au-dessus du D. S. A 4 heures, intervention: les battements du cordon ne sont plus perçus. M. Vallois complète la dilatation par le procédé de Bonnaire et pratique sous anesthésie une version très laborieuse. A 4 h. 35, Mauriceau difficile et déchirure du périnée. Enfant mort; sexe masculin; poids: 4 kilogr. 250; BiP: 10.1. Placenta de 910 gr.; infarctus blanc. Cordon 97 cm.; insertion centrale.

Observation N° 27 (1915-16. 46). F. L., 20 ans, Ipare

Entre dans le service le 6 décembre 1915 ,en travail). Premières douleurs le 6 décembre, à 2 heures du soir. Arrivée dans le service vingt minutes après. H. U.: 24 cm. Présentation en SIGA; bruits du cœur bons. Dilatation comme petite paume. A travers les membranes on sent les pieds et une anse de cordon (qui bat) en procubitus. A 2 h. 35, rupture hâtive des membranes avec écoulement abondant de liquide amniotique. Au toucher, on trouve

dans le vagin une anse de cordon dont on perçoit encore les battements. A 3 h. 10, dilatation complète. Le pied postérieur apparaît le premier. Extraction et Mauriceau faciles. Enfant vivant; sexe féminin; poids: 3 kilogr. 100. Cordon grêle; insertion centrale.

Observation N° 28 (1915-16. 261). J. L., 32 ans, IIpare

Entre dans le service le 2 juin 1916. A terme le 30 juin. Premières douleurs le 2 juin, à 8 heures du matin. A 11 heures, dilatation comme 1 franc et deux heures après comme petite paume. A 14 heures, rupture spontanée des membranes, écoulement abondant de liquide. A 8 heures du soir, arrivée dans le service: présentation de l'épaule gauche en AID; dilatation complète. La main gauche et une anse de cordon (qui bat) sont descendues dans le vagin. A 9 heures du soir, version et extraction rapide. L'enfant est en état de mort apparente; on le ranime avec peine, mais il respire et crie mal et succombe après cinq heures de survie. Sexe masculin; poids: 2.770 gr. Cordon 68 cm.; insertion paracentrale.

Observation N° 29 (1915-16. 263). C. L., 41 ans, IIIpare

Entre dans le service le 4 juin. A terme le 17 juin. Premières douleurs le 3 juin, à 11 heures du soir, et rupture simultanée des membranes. 4 juin: présentation en SIGT; bruits du cœur bons; dilatation comme grande paume. Promontoire accessible. Un pied est descendu dans le vagin, l'autre est retenu dans l'excavation; sur ce dernier repose une anse du cordon qu'on sent battre. On complète la dilatation à la main. L'extraction du siège est pénible: le segment inférieur rétracté s'applique fortement sur le fœtus. Le passage de la tête au D. S. n'est obtenu qu'après une manœuvre de Champetier de Ribes assez violente. L'enfant présente un enfoncement très marqué au niveau de la région temporo-pariétale droite et n'a pu être

ranimé. Sexe féminin; poids: 3 kilogr. 700. BiP: 9.4. Cordon 60 cm. Insertion latérale.

Observation N° 30 (1915-16. 311). A. E., 29 ans, Vpare

Entre à la maternité le 17 juin. Le 27 juin: hauteur utérine, 33 cm.; promontoire accessible. En raison du rétrécissement pelvien, M. le professeur Vallois décide d'interrompre la grossesse, la femme étant à terme. Le 15 juillet, à 11 heures du matin, décollement du pôle inférieur de l'œuf et injections vaginales chaudes. Le travail se déclenche deux heures après. HU: 35 cm. Présentation en OIDT; bruits du cœur bons. A 3 h. 30, dilatation comme 5 francs. Rupture précoce des membranes. L'élève qui surveille la parturiente sent une petite anse de cordon entre la tête et le col. On prévient M. Vallois. En attendant son arrivée, la sage-femme en chef essaie de refouler le cordon par le procédé de Budin; mais l'anse, trop petite et trop élevée, ne peut être saisie. On introduit alors la main dans le vagin et, à l'aide des quatre doigts, on refoule et maintient le cordon au-dessus du front. A 7 h. 20, M. le professeur Vallois complète la dilatation à la main. Version; évolution lente: la main introduite doit refouler la tête et progresser en luttant contre l'anneau de Bandl. Extraction facile. L'enfant, né étonné, crie presque aussitôt. Sexe féminin; poids: 3 kilogr. Cordon 75 cm. Insertion paracentrale.

Observation N° 31 (1916-17. 477). T. M., 39 ans, VIIpare

Entre dans le service le 18 septembre 1917. A terme le 17 octobre. Le 30 septembre, HU: 30 cm. Ventre en besace dû à l'éventration. Le 25 octobre, présentation de l'épaule gauche en AID. Version céphalique et fixation par une ceinture en présentation longitudinale. Le travail débute le 25 octobre, à 9 heures du soir. Le 26 octobre, 10 heures du matin, HU: 35 cm. Sommet mobile en OIGT et très

élevé; bruits du cœur bons. Dilatation lente. A travers les membranes, on sent un paquet irrégulier dont on perçoit les battements, c'est le cordon en procubitus. A 11 heures, M. le professeur Vallois rompt les membranes, reporte le cordon au fond de l'utérus et saisit le pied droit. Le fœtus est à califourchon sur le cordon. On fait passer ce dernier en arrière. Evolution et extraction faciles. L'enfant, né étonné, est ranimé aisément. Sexe masculin ; poids : 3.500 gr. Cordon 73 cm.; insertion paracentrale.

Observation N° 32 (1917-18. 420). W. F., 22 ans, IIpare

Entre dans le service le 28 juin 1918. Le 10 août, à 3 heures du soir, premières douleurs. HU : 41 cm. Par le palper, on reconnaît la présence dans l'utérus de deux fœtus; le premier se présente en SIDT au D. S. et le second transversalement. Le 11 août, à 2 h. 30, le siège s'engage en SIDP. A 2 h. 45, rupture spontanée des membranes. Le pied antérieur prolabe dans le vagin. Extraction rapide et facile. On réduit la présentation transversale du deuxième enfant en sommet. A 2 h. 55, les bruits du cœur sont irréguliers. On fixe la tête au D. S. et l'on rompt les membranes. Une anse de cordon descend devant la tête. Version et extraction immédiate. Deux enfants vivants :

Le premier : sexe féminin; poids : 2.100 gr.; cordon 36 cm.

Le deuxième : sexe féminin; poids : 2.700 gr.; cordon 41 cm.

Insertion des cordons à 5 cm. l'un de l'autre. Placenta unique; poids : 670 gr. Cloison médiane de 15 cm.

Observation N° 33 (1917-18. 581). R. M., 44 ans, XIpare

Entre à la maternité le 29 octobre 1918, à 4 heures du soir. Elle aurait perdu les eaux dans la matinée du 28. Après un long arrêt, les contractions reparaissent le 30

octobre, à 6 heures du matin. HU : 37 cm. Sommet mobile en position gauche. On n'entend pas les bruits du cœur. Un peu de liquide d'odeur fétide sort de l'utérus. On trouve dans le vagin un paquet de cordon qui ne bat plus. Le 30 octobre, à 7 h. 30, expulsion spontanée d'un fœtus mort et macéré. Sexe féminin ; poids : 3.300 gr. Cordon 83 cm. ; insertion paracentrale.

Observation N° 34 (1918-19. 169). L. A., 28 ans, Ipare

Entre à la maternité le 11 mars 1919. A terme le 10 avril. Les membranes sont rompues depuis le 11 mars, à 4 heures du soir. Les premières douleurs surviennent le 12 mars, à 3 heures du matin ; la parturiente ne prévient pas et, quand on fait le toucher, à 9 heures, on trouve une dilatation comme 5 francs et la main droite procidente dans le vagin. Transport de la femme à la salle de travail et aussitôt deuxième toucher : une anse de cordon est à son tour procidente en avant de la tête, qui tend à la comprimer à chaque contraction. On repousse la tête avec deux doigts, en attendant l'arrivée de M. le professeur Vallois. A 10 heures, dilatation par le procédé de Bonnaire ; ensuite, version et extraction faciles. L'enfant est en état de mort apparente ; on le ranime par les procédés habituels. Sexe féminin ; poids : 2.350 gr. ; cordon 52 cm. ; insertion latérale.

Observation N° 35 (1919-20. 139). M. A., 28 ans, Ipare

Entre à la maternité le 10 février 1920. A terme depuis le 30 janvier. Cette femme n'a jamais été examinée durant toute sa gestation. Le 9 février, dès l'apparition des premières douleurs, à 11 heures, la femme reçoit les soins d'abord d'une matrone, puis d'un médecin. Celui-ci ordonne le transfert d'urgence à la maternité. La femme arrive dans le service après un parcours de quatre heures en voiture. Palper impossible. Auscultation négative.

Dilatation complète; poche des eaux rompue; dans le vagin se trouve un paquet de cordon qui ne bat plus, et le col a tendance à revenir sur lui-même. Le promontoire est très accessible. Pr.SoP: 8,5. La courbure de l'arc antérieur du bassin est très accentuée. En raison du volume de la tête et de la mort de l'enfant, on pratique une basiotripsie. Fœtus sexe masculin; poids: 1.980 gr. Cordon 68 cm.; insertion latérale.

Observation N° 36 (1919-20. 539). Ch. F., 36 ans, VIpare

Entre à la maternité le 4 septembre. A terme. Le 10 septembre, présentation de l'épaule transformée en présentation longitudinale par manœuvres externes et maintenue par une ceinture. Le travail commence le 14 septembre, à 8 heures du matin. A 11 h. 30, dilatation comme grande paume. A 12 h. 40, dilatation complète. Un aide fixe la tête, pendant qu'on rompt les membranes dans l'intervalle des contractions. Il s'écoule un liquide verdâtre et très épais. Le cordon descend en avant de la tête en OIDP. Version; le cordon ne bat plus. Etat syncopal de l'enfant. On le ranime facilement. Sexe masculin; poids: 2.720 gr.; BiP: 9,3; cordon 70 cm.; grêle; insertion latérale.

Observation N° 37 (1920-21. 8). D., 35 ans, VIpare

Entre dans le service le 26 octobre. A terme. Rupture prématurée des membranes, le 2 novembre, à 6 heures du soir. Les premières douleurs apparaissent le même jour, à 11 heures du soir. HU: 36 cm. Sommet mobile en OIGT; bruits du cœur bons; dilatation comme 2 francs. Le lendemain, à 9 heures du matin, on sent dans le col une anse de cordon dont les battements sont faibles et lents. On essaie la réduction par le procédé de Budin; le cordon est porté au-dessus de la tête à l'aide d'une sonde qu'on laisse à demeure. Les bruits du cœur, qui étaient ralentis et

sourds, deviennent plus distincts, mais toujours lents. M. le professeur Vallois complète la dilatation par un ballon de Champetier de Ribes. Version. Le cordon apparaît à la vulve en même temps que le membre inférieur. L'extraction et le dégagement du fœtus n'offrent aucune difficulté. L'enfant ne donne aucun signe de vie. Les battements du cœur ne sont pas perceptibles. On essaie l'insufflation sans résultat. Enfant, sexe féminin, mort; poids: 3.700 gr. BiP: 9,6; cordon 75 cm.; insertion vélamenteuse.

Observation N° 38 (1920-21. 59). M. L., 25 ans, IIpare

Entre dans le service le 5 décembre, à 9 heures du matin. A terme. Premières douleurs le 4 décembre, à 8 heures du soir. Perte des eaux à minuit. La parturiente est envoyée d'urgence à la maternité. Présentation en SIDA siège complet. Une anse de cordon affleure la vulve. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Le cordon ne bat plus. Pendant qu'on place la femme sur la table d'accouchement, la hanche droite se dégage spontanément. Extraction et Mauriceau rapides. L'enfant est en état de mort apparente (forme blanche). Les bruits du cœur s'entendent très lointains. L'enfant est ranimé après une demi-heure de soins. Sexe féminin; poids: 3.300 gr.; cordon 65 cm.; insertion latérale.

Observation N° 39 (1920-21. 275). G. E., 19 ans, Ipare

Entre à la maternité le 20 avril 1920, à 8 h. 30 du matin, en travail. A terme le 5 mai. Premières douleurs le 19 avril, à 10 heures du soir. HU: 34 cm. Sommet mobile en position droite; bruits du cœur bons. Dilatation comme 2 francs. A travers les membranes on perçoit les battements du cordon en procubitus. A 10 h. 15, dilatation comme grande paume. Anesthésie. Dilatation par le procédé de Bonnaire; la poche des eaux se rompt. L'opéra-

teur, M. le professeur Vallois, introduit la main droite dans les voies génitales, saisit le cordon, le remonte au fond de l'utérus, s'empare du pied antérieur et le ramène à la vulve. Evolution, extraction, Mauriceau faciles. L'enfant, né en état de mort apparente, est vite ranimé par les procédés habituels. Sexe masculin; poids: 2.700 gr.; cordon 62 cm.; insertion latérale.

Observation N° 40 (1920-21. 235). A. J., 37 ans, IIpare

Entre à la maternité le 23 mai 1921. A terme. Premières douleurs le 29 mai, à midi. La femme entre à la salle de travail le même jour, à 3 heures du soir. HU: 34 cm.; fœtus en SIDT; bruits du cœur bien frappés; dilatation comme 50 centimes. A 4 heures, dilatation comme 1 franc. Les membranes se rompent; on atteint les pieds dans la moitié gauche du bassin. A 5 h. 30, dilatation comme 2 francs. On sent une anse de cordon qui bat au milieu de l'orifice utérin. A 7 h. 10, deux anses sont procidentes. A 7 h. 15, on tente de refouler le cordon suivant le procédé de Budin, mais on n'obtient qu'un résultat partiel, à cause de la multiplicité des anses procidentes. Le cordon cesse de battre. A 7 h. 45, anesthésie; dilatation manuelle; extraction; la tête est retenue momentanément par le col qui se rétracte sur elle. A 7 h. 55, forceps sur la tête dernière. L'enfant, né en état de mort apparente, n'est ranimé qu'après de nombreuses manœuvres. Sexe masculin; poids: 3.670 fr.; cordon 75 cm.; insertion latérale.

Observation N° 41 (1921-22. 322). B. L., 26 ans. III pare

Entre à la maternité le vendredi 10 juin 1922, à terme le 29 juin. Le même jour, à 10 h. 30, perte des eaux. Le siège est mobile au D. S.; le col est largement ouvert. Un gros paquet de cordon animé de battements descend dans le vagin. On essaie de le replacer dans l'utérus par le procédé de Budin. L'extrémité de la sonde affleure l'ori-

fice interne. On remet la parturiente dans son lit, la tête basse, le siège relevé par un oreiller, pour empêcher la présentation de comprimer le cordon. Les premières douleurs apparaissent à 9 heures du soir. Le 30 juin, à 2 heures, la dilatation est comme 5 francs. Bruits du cœur bons. A 3 heures, les contractions deviennent plus fortes, le cordon redescend dans le vagin. Battements faibles et lents, bruits du cœur ralentis et lointains. On s'apprête à intervenir, quand on s'aperçoit que le cordon a cessé de battre. Dilatation par le procédé de Bonnaire. Version facile, mais Mauriceau très pénible. L'enfant n'a pas pu être ranimé. Sexe féminin; poids: 3.450 gr.; cordon 81 cm.; insertion paracentrale.

Observation N° 42 (1921-22. 323). M. L., 32 ans, IXpare

Entre à la maternité le 30 juin 1922, à terme. Sept accouchements antérieurs normaux. Le huitième était une présentation de l'épaule qui évolua spontanément: enfant mort. La femme est en douleurs et a perdu les eaux depuis la veille, chez elle. A son entrée à la salle de travail, le 30 juin, à 14 heures: présentation de l'épaule gauche en AIG, avec procidence du bras et du cordon qui bat encore. Dilatation presque complète. Anesthésie: on place un lacs sur la main procidente; on remonte le cordon dans l'utérus. Extraction, version et Mauriceau faciles. L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé au bout d'une demi-heure. Sexe féminin; poids: 2.450 gr.; cordon 32 cm.

Observation N° 43 (1921-22. 388). B. J., 32 ans, IVpare

Entre dans le service le 15 juillet. A terme le 29. HU: 40 cm.; présentation fixée en OIGT; bruits du cœur bien frappés; col long et ouvert (pouvant admettre deux doigts). A travers les membranes, on sent le cordon en latérocidence en arrière de la tête. Promontoire accessible. On consigne la femme au lit pour éviter la rupture

des membranes. Le 20 juillet, à 2 heures, la femme perd subitement les eaux en abondance. Le col n'est pas modifié. Le cordon tend à descendre entre la tête et le col: on le repousse. A 16 heures, le col est toujours dans le même état, mais le cordon glisse de plus en plus derrière la tête, qui s'applique mal sur le D. S. La femme est mise en position de Trendelenburg et, après avoir remonté le cordon le plus haut possible, on place dans l'orifice utérin un petit ballon de Champetier de Ribes. On s'assure que le cordon n'est pas pincé et la femme est remise dans son lit. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perceptibles. A 20 heures, le ballon a déclenché les contractions utérines Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles, mais assourdis et accélérés On achève la dilatation à la main. Anesthésie: version impossible; on fait une application de forceps. Le bassin étant retréci, des tractions très énergiques sont nécessaires. On n'a pas pu ranimer l'enfant. A l'autopsie on constate une fêlure du frontal et un hématome extra dure-mérien. Sexe masculin; poids: 3.900 gr. Cordon 45 cm.; insertion marginale.

Observation N° 44 (1921-22. 499). P. J., 28 ans, IIIpare

Entre à la maternité le 12 octobre 1922. A terme. Premières douleurs le 12, à 6 heures du matin. HU: 34 cm.; fœtus mobile en OIDT; bruits du cœur bien frappés; dilatation complète. A 4 heures de l'après-midi: poche des eaux tendue, volumineuse. On se prépare à intervenir, quand la poche des eaux se rompt brusquement, et le liquide amniotique est projeté à une grande distance. On fait un toucher aussitôt et l'on trouve un segment de cordon coincé entre la tête et la ligne innominée droite. Les bruits du cœur, bons jusque-là, deviennent intermittents. Devant l'impossibilité absolue de repousser la tête, on fait une application de forceps en OIDP. A 4 h. 15, extrac-

tion d'un fœtus cyanosé, dont le cordon ne bat plus. On le ranime facilement. Sexe masculin; poids: 3.520 gr.; BiP: 9,7; cordon 50 cm.; insertion latérale.

Observation N° 45 (1922-23. 97). C., 42 ans, VIpare

Entre dans le service le 19 décembre. Serait à terme le 25 février. Le 9 janvier, le travail se déclenche prématurément. Les douleurs apparaissent dans la nuit, sans que la femme prévienne, et quand on fait le toucher, à 6 heures du matin, la dilatation est complète. Sommet en position gauche; à travers la poche des eaux intacte, on sent le cordon en procubitus au-devant de la tête. On rompt la poche des eaux. La tête fait sa rotation en arrière; extraction rapide, par forceps en occipito-sacrée, d'un enfant vivant. Sexe masculin; poids: 1.160 gr.; cordon 40 cm.; insertion normale.

Observation N° 46 (1922-23. 153). P., 38 ans, IIpare

Entre dans le service le 17 février 1923, à 11 heures du matin, à terme. Rupture prématurée des membranes le même jour, à 10 heures du matin. Premières douleurs à 2 heures du soir. HU: 36 cm.; fœtus mobile en OIDP; bruits du cœur bien frappés; col entr'ouvert; le promontoire accessible à limite. A 5 h. 30, dilatation comme 5 francs; on sent le cordon appliqué sur la tête toujours mobile. Intervention: la dilatation est comme petite paume et le col dilatable. M. le professeur Vallois refoule le cordon au-dessus de la tête et ramène le pied antérieur à la vulve. Evolution pénible; on la facilite par des manœuvres externes. Les bras se relèvent, l'antérieur est enclavé, on le tourne en arrière pour l'abaisser. Enfant vivant. Sexe féminin; poids: 3.250 gr.; cordon 50 cm.; insertion latérale.

Observation N° 47 (1923-24. 23). J. S., 27 ans, Ipare

Entre dans le service le 21 octobre 1923. A terme le 25

novembre. Accouchement prématuré au huitième mois. Premières douleurs le 22 octobre, à 11 h. 30 du matin. HU : 30 cm. Sommet fixé en OIGA. Bruits du cœur bons. Col non effacé. Le 23, à 3 heures du matin, dilatation complète ; contractions intenses mais espacées. A 5 heures, les pariétaux chevauchent et forment une crête très accentuée. A 5 h. 40, expulsion spontanée en OP. Aussitô après le dégagement des pariétaux apparaît un paquet de cordon dont la latérocidence n'avait pu être diagnostiquée auparavant. L'enfant est en état de mort apparente (asphyxie bleue). On le ranime par les procédés habituels. Sexe masculin. Poids : 3.090 gr. ; cordon 74 cm. ; insertion latérale.

Observation N° 48 (1923-24. 34). G. M., 47 ans, VIpare

Entre à la maternité le 4 décembre 1923. A terme. La femme arrive en voiture à la maternité le 4 décembre, à 8 heures. Elle perd ses eaux une heure après. Bruits du cœur très irréguliers, et parfois disparaissant complètement. Dilatation comme 2 francs. Sommet très élevé avec le cordon qui bat à gauche et au-dessus de lui. M. le professeur Vallois, prévenu de suite, décide de terminer rapidement l'accouchement. Anesthésie ; on complète la dilatation à la main ; on saisit le cordon et on le porte au fond de l'utérus en allant à la recherche du pied gauche du fœtus ; version ; le fœtus est à cheval sur un circulaire qu'on fait glisser en arrière ; on complète l'extraction ; on trouve deux autres circulaires autour du cou, on les sectionne entre deux pinces. Manœuvre de Mauriceau facile. L'enfant, né étonné, est ranimé aussitôt. Sexe masculin ; poids : 2.700 gr. ; cordon, longueur : 152 cm. ; insertion normale.

## CHAPITRE II

### REMARQUES ET CONSIDERATIONS QUE L'ON PEUT DEDUIRE DES OBSERVATIONS PRECEDENTES

Fréquence de la procidence. — Les chiffres donnés par les auteurs varient dans des proportions considérables, suivant les statistiques. Parmi les classiques nous relevons :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mme Lachapelle ..... | 1 | procidence | sur | 380 | accouchements |
| Stolz. ..... | 1 | — | — | 53 | — |
| Tarnier. ..... | 1 | — | — | 86 | — |
| M. Ribemont-Dessaignes.. | 1 | — | — | 250 | — |

M. Guérin-Valmale, dans son mémoire, portant sur 2.500 cas, a trouvé une procidence sur 114 accouchements

Nous avons réuni dans ce travail 48 observations de procidence du cordon correspondant à 6.900 parturientes, ce qui fait que cette complication s'est manifestée une fois sur 144 accouchements.

Admettant les variétés de procidences telles que nous les avons définies au début de cet ouvrage, nous avons relevé :

11 cas de procubitus (observ. 1, 2, 3, 8, 15, 21, 27,31, 39, 43, 45) ;

6 cas de latérocidence ;

33 cas de procidence proprement dite, en comprenant dans ce chiffre les procubitus ultérieurement transformés en procidence ;

11 cas de procidence compliquée.

Procubitus. — Tous les cas de procubitus ont été reconnus pendant le travail, la dilatation du col étant plus ou

moins avancée. A travers les membranes, on a senti alors nettement le cordon sous forme d'un paquet irrégulier, avec ou sans battements.

Nous les classerons suivant les présentations en: sommet, 9 fois; siège, 1 fois; épaule, 1 fois.

Latérocidence. — Dans tous les cas de latérocidence, nous avons vu le cordon accompagner le sommet. Tantôt le toucher a permis de sentir le cordon coincé entre la tête et l'excavation (observ. 4, 30); tantôt il a montré le cordon mobile. Une seule fois la latérocidence n'a été diagnostiquée qu'après la sortie des pariétaux (obs. 47).

Procidence proprement dite. — Sur 33 cas de procidence proprement dite, nous rencontrons, par ordre de fréquence décroissante: 19 sommets; 8 épaules; 6 sièges.

Fait important pour cette dernière présentation, nous n'avons noté aucun siège décomplété s'accompagnant de cette complication.

Procidence compliquée. — « Les procidences appellent les procidences », disait Mme Lachapelle. Le cordon descend souvent à la suite d'un membre qui lui a servi de conducteur. Sur 11 cas de ce genre, nous avons relevé 10 fois la main et une seule fois le pied.

## CAUSES GENERALES DE LA PROCIDENCE

Une fois de plus, nous vérifions ce fait que, toutes les fois qu'il y a procidence, il y avait mauvaise accommodation de la partie fœtale au conduit pelvi-génital. Le segment inférieur ne s'appliquant pas exactement sur la présentation ménageait un espace libre où le cordon pouvait glisser. L'accommodation pelvienne avant le début du travail est bien la condition essentielle pour qu'il ne se produise pas de procidence. Toute anomalie, toute complication venant troubler ces conditions normales entrave

l'accommodation pelvienne et prédispose aux procidences. A tour de rôle, nous relèverons l'influence de ces facteurs divers, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant ou du côté de l'œuf.

Multiparité. — Du côté de l'organisme maternel, nous noterons tout d'abord l'influence de la multiparité.

Il est incontestable que celle-ci prédispose à la procidence, à cause de la flaccidité du segment inférieur, d'un certain degré d'atonie de l'utérus et des parois abdominales, entraînant comme conséquence le défaut d'engagement de la partie fœtale. Mais les proportions attribuées à la primiparité et à la multiparité diffèrent considérablement suivant les statistiques :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hecker..... | 28 | procidences : | 25 | multipares ; | 3 | primipares |
| Hildebrand . . . . | 17 | — | 15 | — | 2 | — |
| Varnier. . ..... | 27 | — | 22 | — | 5 | — |
| Guérin-Valmale. . | 22 | — | 15 | — | 7 | — |
| Nous. . ..... | 48 | — | 38 | — | 10 | — |

Notre chiffre se rapproche de celui de Varnier, et l'influence de la multiparité serait plus forte que dans la statistique de M. Guérin-Valmale.

Rétrécissement du bassin. — Les viciations pelviennes qui retardent ou empêchent l'engagement de la partie fœtale laissent au niveau de certains diamètres un vide tout préparé pour la procidence. Dix fois nous avons constaté une viciation pelvienne, et parmi elles 5 rétrécissements très prononcés. Cette influence des pelvi-viciations est partout signalée. Litzmann prétend même que, dans les bassins viciés, on trouve 5 ou 6 fois plus de procidences que dans les bassins normaux.

Présentations. — Du côté du fœtus, nous avons trouvé la procidence accompagnant toutes les présentations ; le terme de procidence étant pris dans le sens général englobant toutes les variétés.

La présentation du sommet nous a donné 32 procidences.
— — l'épaule — — 9 —
— — le siège — — 7 —

Nous n'avons pas noté cette complication dans les présentations de la face.

Volume du fœtus. — Il est classique de dire que les procidences se produisent facilement avec de petits fœtus. Ribemont-Dessaignes a montré que l'excès de volume du fœtus peut prédisposer également à la procidence, par suite du défaut d'engagement de la partie fœtale.

Nous avons trouvé 15 enfants pesant moins de 2.800 gr. et 11 pesant plus de 3.500 gr., parmi lesquels 2 dépassaient 4.000 gr.

Grossesse gémellaire. — Nous n'avons relevé qu'un cas de grossesse gémellaire avec procidence du cordon, et celle-ci ne s'est produite qu'au moment de la rupture artificielle des membranes pour l'extraction du second fœtus (observ. 32).

Certains états du cordon semblent prédisposer à la procidence, en particulier sa longueur, les circulaires lâches et l'insertion de la tige funiculaire sur le placenta.

La longueur du cordon. — Sur nos 48 observations, nous avons noté 33 cordons dépassant 50 cm. de long; 26 avaient plus de 65 cm.; et 20 plus de 70 cm.; un cordon mesurait 152 cm. (observ. 48).

Les circulaires. — Les circulaires, qui raccourcissent le cordon, peuvent être considérés comme providentiels dans les cas de long cordon, en empêchant la procidence ou en l'atténuant. Cependant, dans notre observation 48, les circulaires étaient insuffisants.

L'insertion du cordon, sur laquelle Pinard et Commandeur ont attiré l'attention dans les cas de procidence, nous

a semblé jouer un rôle important dans l'étiologie de cette complication. Très rarement nous avons trouvé le cordon inséré au centre du placenta; le plus souvent, cette insertion était latérale. 6 fois nous avons relevé une insertion vélamenteuse ou marginale.

Placenta prœvia. — La présence du placenta dans le segment inférieur gêne l'accommodation et secondairement favorise la procidence.

Dans notre statistique, cette descente du cordon a été observée chez 4 parturientes (obs. 3, 7, 10, 18).

Liquide amniotique. — Dans beaucoup de nos observations, nous avons vu que la production de la procidence avait coïncidé avec l'issue brusque et parfois violente d'un flot de liquide amniotique hors de l'utérus (obs. 44). C'est ce flot qui, fuyant brusquement, entraînait parfois le cordon jusqu'à la vulve; et l'on comprend que tout phénomène capable de favoriser cette issue brutale du liquide amniotique pourra provoquer la procidence. C'est ce qui se produit lorsque la partie fœtale obture mal le conduit pelvi-génital, laissant alors une trop grande porte de sortie au liquide.

L'hydramnios agit d'une façon identique, comme le montre notre observation 26: au moment de la rupture, la tête, qu'on croyait fixée, remonte et laisse s'échapper un flot de 2 litres de liquide qui entraîne le cordon (autre observ. 17).

Dans d'autres cas, le mécanisme dit de l'expression, mis en lumière par Mathews Duncan nous a semblé expliquer la descente du cordon. La procidence se constituait alors progressivement, le cordon glissant peu à peu entre la partie fœtale et le segment inférieur atone. C'est ainsi que presque toutes nos latérocidences paraissent s'être produites.

## LA CONDUITE TENUE

La conduite tenue dans nos observations a varié suivant les indications.

Dans les cas de procubitus, tant que la poche des eaux était intacte, l'abstention était de règle durant la période de dilatation, ou plutôt toutes les précautions étaient prises pour éviter la rupture précoce des membranes. Dans aucun cas l'enfant n'a présenté des signes de souffrance obligeant à intervenir.

Au contraire, la poche des eaux étant rompue, l'intervention était la règle.

La reposition simple du cordon, soit par des moyens manuels, soit par des moyens instrumentaux (procédé de Budin), n'a jamais été employée seule; le plus souvent, le résultat que l'on avait pu obtenir par ces manœuvres était tout à fait transitoire et partiel, le cordon glissait à nouveau. D'autres fois, la reposition s'est trouvée d'emblée impossible ou inefficace, à cause du nombre des anses procidentes ou d'autres causes (observ. 4, 23, 30, 40).

Quand une autre intervention s'est imposée, comme la version, on a toujours commencé par refouler le cordon à la main en allant à la recherche du pied, mais dans ces cas la reposition n'était que le premier temps d'une intervention plus active

Quatre parturientes chez lesquelles il y avait procidence du cordon ont accouché sans intervention (observ. 8, 33, 38, 47); une fois, expulsion d'un fœtus mort et macéré (obs. 33). Les trois autres fœtus sont venus en état de mort apparente et ont dû être ranimés.

Dans tous les autres cas on est intervenu, et nous notons:

Extraction au forceps: 9, dont 2 vivants et 7 morts;

Extraction par version: 29, dont 21 vivants et 8 morts;
Extraction du siège: 4, dont 3 vivants et 1 mort.

La basiotripsie a dû être pratiquée 2 fois chez des femmes atteintes de rétrécissement pelvien très marqué, l'enfant étant mort à leur arrivée dans le service (obs. 16, 35).

En jetant un coup d'œil sur le tableau précédant, nous sommes tout de suite frappés de la différence de mortalité et des résultats obtenus par l'extraction au forceps ou par version.

Mais ceci s'explique par le fait que les applications de forceps supposent un sommet engagé ou bien fixé, et dans ces conditions la compression du cordon est totale.

En résumé, nous grouperons nos résultats dans le tableau suivant:

| Présentation — Enfants | vivants | ranimés | morts | total |
|---|---|---|---|---|
| Sommet — | 7 | 12 | 13 | 32 |
| Siège — | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Epaule — | 4 | 2 | 3 | 9 |
| | 13 | 17 | 18 | 48 |

Si dans la présentation de l'épaule la mortalité nous paraît plus élevée que la normale, c'est que dans 2 cas l'enfant avait succombé avant toute intervention (obs. 6, 11).

La mortalité globale de la procidence du cordon a donc atteint le chiffre de 18 décès, ce qui fait une proportion de 18/48, soit 37 %.

Ce chiffre est voisin de celui que M. Guérin-Valmale donnait en 1902, environ 36 %. M. Jouvin, en 1919, sur 26 procidence, trouve une mortalité de 42 %.

Tous les accoucheurs sont d'accord pour reconnaître que les conséquences de la procidence du cordon sont graves pour la vie de l'enfant. Celui-ci, pour peu que cette procidence soit véritable et que le cordon soit nettement comprimé, ne tarde pas à souffrir et à s'asphyxier; une

intervention d'urgence s'impose pour sauver la vie de l'enfant, rapidement compromise.

Tandis que la procidence livrée à elle-même donne une mortalité considérable, évaluée par Schulter à 86 %, un traitement bien dirigé permet de l'abaisser considérablement.

Aujourd'hui, l'accoucheur est devenu plus audacieux, surveille d'une façon plus régulière le travail des parturientes et n'hésite pas à intervenir dès qu'il prévoit un danger pour la vie de l'enfant. Ceci nous explique l'amélioration que l'on note dans le pronostic de cette complication durant ces dernières années :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Michaëlis, en 1833 ..... | donnait | 74 % | de décès |
| Hubert de Louvain, en 1844. | — | 56 % | — |
| Tarnier, en 1868 ..... | — | 34 % | — |
| Guérin-Valmale, en 1902 .... | — | 36 % | — |
| Jouvin, en 1919..... | — | 42 % | — |
| Nous . . ... ..... | — | 37 % | — |

Nous voyons qu'aujourd'hui la mortalité oscille entre 30 et 40 %, tandis qu'au début du siècle dernier elle était encore de 60 à 70 %.

## CONCLUSIONS

La procidence du cordon est une complication assez peu fréquente au cours des accouchements. Notre statistique, qui porte sur 6.900 accouchements, donne une procidence sur 144 accouchements.

Le pronostic de cette complication est grave pour la vie de l'enfant. La mortalité fœtale oscillerait entre 30 et 40 %, 'daprès notre étude.

A premier abord, ce chiffre paraît considérable; mais, notre statistique étant intégrale, il faut envisager les autres causes de dystocie qui accompagnent souvent la procidence du cordon, placenta prœvia, rétrécissemeent pelvien, présentation vicieuse, chacune de ces circonstances pouvant nécessiter une intervention et causer la mort du fœtus.

La mortalité dans la procidence tient à ce que les troubles circulatoires qu'entraîne la compression de la tige funiculaire amènent une asphyxie rapide si l'on n'intervient pas.

Les diverses manœuvres conseillées pour la reposition du cordon échouent souvent, et il faut terminer l'accouchemént suivant le cas par forceps ou par version. Si la dilatation n'est pas complète au moment de l'intervention, il faut la compléter de préférence par des manœuvres manuelles qui offrent plus de sécurité que le ballon.

Devant les dangers que la dilatation artificielle du col peut faire courir à la parturiente, et en présence des progrès de l'obstétrique opératoire, certains accoucheurs ont prôné l'opération césarienne. Celle-ci a au moins une

indication nette quand il existe chez la parturiente un rétrécissement pelvien prononcé. Mais la procidence du cordon est un accident qui survient souvent à l'improviste et dans des conditions qui rendent l'opération césarienne hasardeuse pour la mère. Plus de 60 % des cas que nous avons relatés se sont produits chez des femmes en travail, entrées dans le service avec la procidence constituée.

C'est surtout par une surveillance attentive des parturientes, par la prophylaxie des présentations, et par des interventions précoces et bien conduites, dès que la procidence est constatée, que l'on peut espérer y diminuer la mortalité.

## NOTE AU SUJET DE LA BIBLIOGRAPHIE

Ce travail étant, comme nous l'avons annoncé au début, un travail surtout statistique et documentaire, et non pas une revue générale de la question, nous nous sommes surtout attachés à grouper des faits. Nous ne pensons donc pas utile de répéter ici une bibliographie que l'on retrouvera facilement ailleurs. (Voir à ce sujet la bibliographie de la thèse de Jouvin: « La procidence du cordon à la Maternité de Rennes », Montpellier, 1919, n° 63.)

Nous avons, au cours de ce travail, fait des emprunts aux divers traités classiques de Tarnier, Bar et Ribemont et à la publication de MM. Guérin-Valmale et Guirauden: « Sur la procidence du cordon ombilical », étude parue dans le *Montpellier Médical* en 1902.

Les documents cliniques de ce travail sont tous tirés des archives de la Clinique obstétricale de la Faculté de Montpellier (M. le professeur Vallois), des années 1905 à 1923.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*De la Procidence du Cordon Ombilical*

Par M. Jean Goarnisson.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 Janvier 1924.

Le Professeur,

VALLOIS.

Vu :

Montpellier, le 9 Janvier 1924.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 9 Janvier 1924.

Le Recteur.

Jules COULET.